



# Reumatología Clínica



<https://www.reumatologiainclinica.org>

## P049 - Anti-C1Q e Inmunocomplejos circulantes como biomarcadores en el Lupus Eritematoso Sistémico

A. García Guillén<sup>1</sup>, B. Magallares<sup>1,4</sup>, A. Baucells<sup>2</sup>, L. Martínez-Martínez<sup>2</sup>, H. Park<sup>1</sup>, P. Moya<sup>1,4</sup>, I. Castellví<sup>1</sup>, I. Gich<sup>3</sup>, A. Laiz<sup>1</sup>, C. Díaz-Torné<sup>1</sup>, A.M. Millán<sup>1</sup>, S.P. Fernández<sup>1</sup>, V. Calahorra<sup>2</sup>, C. Juárez<sup>2</sup> y H. Corominas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Reumatología; <sup>2</sup>Inmunología; <sup>3</sup>Departamento de Epidemiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>4</sup>Reumatología. Hospital Dos de Maig. Barcelona.

### Resumen

**Objetivos:** Valorar la presencia de anticuerpos antiC1q (aC1q) y de inmunocomplejos circulantes de C1q (ICC-C1q) en el lupus eritematoso sistémico (LES) como biomarcadores de actividad o discriminadores de distintos perfiles clínico-serológicos.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo de una cohorte de pacientes con LES en quienes se realizó a lo largo de 2019, de forma consecutiva, la determinación de aC1q e ICC-C1q, así como los biomarcadores habituales en la práctica clínica. Se recogieron las variables clínicas y de actividad. Para el análisis estadístico se utilizaron el test chi<sup>2</sup>, t-Student y ANOVA. Se aceptaron como significativos valores p 0,05.

**Resultados:** Se evaluaron 57 pacientes con LES (93% mujeres), con una edad de  $49,6 \pm 13,1$  años. Las características clínicas y serológicas de la población se presentan en las tablas. Los pacientes aC1q+ presentaban un título medio de 90,8 frente a aC1q- de 19,7. Los pacientes ICC-C1q- presentaban una concentración media de 1,8, frente a 7,56 de los “intermedios” y 28,5 de los positivos. La relación entre aC1q y ICC-C1q fue estadísticamente significativa (p 0,001). Ningún paciente aC1q- presentaba ICC-C1q, y el 90,9% de los pacientes aC1q+ presentaban ICC-C1q. Encontramos una relación estadísticamente significativa entre la presencia de aC1q y de ICC-C1q con el descenso de C3 (?C3) (p = 0,005 y p = 0,020), pero no con ?C4. Los pacientes aC1q+ presentaban mayores cifras de SLEDAI respecto los aC1q- (4,27 vs 2,51; p = 0,004). Los pacientes ?C3 y ?C4 también presentaron mayor puntuación en SLEDAI (p = 0,002 y p = 0,047). Los pacientes aC1q+ presentaban mayor frecuencia de DNA positivo que los aC1q- (65,4% vs 34,6%; p 0,001). Los pacientes con ICC-C1q también presentaron mayor frecuencia de DNA+ (p 0,001). ?C4 se relacionó con título de DNA (p = 0,034), pero no se encontró relación con ?C3 (p = 0,056). Todos los pacientes con AFs fueron aC1q- (p = 0,002), y el 77’8% fueron ICC-C1q- (p = 0,048). No se encontró relación entre los distintos ENAS con aC1q ni presencia de ICC-C1q, pero sí de las histonas con ?C3 (p = 0,018) y de La inversamente con ?C4 (p = 0,030) (todos los pacientes La+ presentaban C4 normal). APCA se relacionó inversamente con aC1q (p = 0,027). Todos los pacientes APCA + eran aC1q negativos. El 63,2% de los pacientes con leucopenia presentaban también ?C4. El 90% y el 80% de los pacientes con trombopenia fueron negativos para aC1q y para ICC-C1q respectivamente. Se observó que los pacientes con miositis y vasculitis eran aC1q+ (p = 0,048) y presentaban ?C4 (p = 0,048). Además, presentaban niveles altos o intermedios de ICC, aunque esto último no fue estadísticamente significativo.. El 74% de los pacientes sin alteraciones urinarias (proteinuria y hematuria) eran aC1q negativos (p = 0,066). El 52,2% de los pacientes con nefropatía confirmada por biopsia fueron aC1q+, y el 71’9% de los pacientes sin nefropatía fueron aC1q

negativos, pero no alcanzó la significación estadística ( $p = 0,070$ ).

Tabla 1. Características serológicas

	%	Media (DE)
SLEDAI		3,1 (2,3)
Positividad anticuerpos anti-C1q ( $> 40U$ )	38,6	47,2 (45)
Presencia de ICC de C1q en sangre ( $> 4,4$ mg Eq/ml)	52,6	9,6(12,2)
Positividad ICC de C1q en sangre ( $> 10,8$ mg Eq/ml)	22,8	
Positividad DNA	45,6	174,8 (231,7)
Concentraciones bajas de C3 (?C3)	56,9	
Concentraciones bajas de C4 (?C4)	38,6	
Anticoagulante lúpico positivo (AL)	9,6	
Presencia de antifosfolípidos (AFs)	16,4	
Factor reumatoide (FR)	10,5	
Anticuerpos anticitrulinados (APCA)	8,8	
ANAs ? 1/80	98,2	
Ro52 +	22,8	
Ro60 +	22,8	
U1RNP +	19,3	
Antirribosómicos +	10,5	

Nucleosoma +	10,5
Sm +	14
La +	8,8
Histona +	8,8
PCNa +	1,8

Tabla 2. Características clínicas y asociaciones clínico-serológicas

	%	aC1q	ICC-C1q	?C3	?C4
Artritis	52,6	-	-	-	-
Artralgias	68,4	-	-	-	-
Clínica cutánea	49,1	-	-	-	-
Aftas orales	26,3	-	-	-	-
Leucopenia	33,3	-	-	-	p = 0,0
Trombopenia	17,5	p = 0,027*	p = 0,020*	-	-
Fiebre	14	-	-	-	-
Pericarditis	14	-	-	-	-
Pleuritis	12,3	-	-	-	-
Miositis	3,5	p = 0,048	-	-	p = 0,0
Vasculitis	3,5	p = 0,048	-	-	p = 0,0

Clínica neurológica	7	-	-	-	-
Alteraciones sedimento urinario	43,9	-	-	p = 0,024	-
Nefropatía confirmada (biopsia)	41,8	-	-	p = 0,017	-

- sin asociación estadísticamente significativa. \*Relación inversa.

**Conclusiones:** Los a-C1q y los ICC-C1q pueden ayudar a seleccionar perfiles de pacientes con LES. En nuestra muestra se asociaron inversamente con la presencia de AFs, trombopenia y de APCA+, y positivamente con mayor SLEDAI, DNA y manifestaciones poco frecuentes como miositis y vasculitis. En nuestra muestra ni aC1q y los ICC-C1q se asociaron con manifestaciones renales.